

CIDADANIA E (ANTI)ÉTICA NO COMPORTAMENTO TABÁGICO: INFLUÊNCIAS DAS ESFERAS AMBIENTAL E FÍSICA

CITIZENSHIP AND THE (ANTI)ETHICS IN THE SMOKING BEHAVIOR: INFLUENCE OF THE PHYSICAL AND ENVIRONMENTAL DIMENSIONS

Maria Boné¹ & Jorge Bonito²

¹ Agrupamento de Escolas de Monforte. Universidade de Évora. aurorabone@hotmail.com

² Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP) da Universidade de Évora. Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) da Universidade de Aveiro. jbonito@uevora.pt

RESUMO

O hábito tabágico começa a ser criticado e repudiado em muitos ambientes sociais. Os malefícios provocados pelo fumo constituem um dos fatores desencadeantes. Não existe regulamentação, acerca da exposição das crianças a ambientes confinados privados de fumo involuntário. Comummente, as crianças habitam em lares onde os adultos fumadores não se absterem da prática do consumo de tabaco, estendendo-se este problema ao interior das viaturas automóveis onde viajam. O Código Civil Português garante a proteção dos indivíduos contra qualquer ofensa ilícita e ameaça de ofensa à personalidade física ou moral, definindo, que a pessoa ameaçada ou ofendida tem a possibilidade de requerer medidas adequadas visando evitar a consumação da ameaça ou minimizar os efeitos da ofensa já cometida. As crianças são objeto de violações à sua integridade física, função do seu fraco poder de decisão, pensamento e consentimento. As crianças não denunciam a exposição ao fumo passivo. Estamos perante uma realidade lesiva, onde a liberdade individual é desrespeitada. As crianças estarão a ser sujeitas a crime envolvendo as componentes ambiental e física. Enquanto cidadãos com direitos, mesmo com a implementação da Lei nº 37/2007, estão sujeitas ao fumo passivo, que decorre da sua exposição em ambientes privados, de natureza familiar, não entendendo o legislador que esta matéria constitua crime ou violação de algum articulado legislativo.

Palavras-chave: *prevenção; comportamento tabágico; regulamentação*

ABSTRACT

The smoking habit starts being criticized and rejected in many social settings. The harm caused by the smoke smoking is one of the triggering factors. There is no regulation regarding the exposure of children to confined environments free from involuntary smoking. Commonly, children live in homes where smoking adults do not abstain from smoking. This problem extends to the interior of cars where children travel. The Portuguese Civil Code protects individuals against any illicit offense and threat of harm to physical or moral integrity, establishing that the person threatened or offended, has the ability to require appropriate

measures aimed at preventing the materialization of the threat, or minimize the effects of the committed offense. Children are subject to violations of their physical integrity, due to the weak power to take decisions, reasoning and consent. Children do not report exposure to secondhand smoke. We face a detrimental reality, where individual freedom is not respected. Children are victims of crime, involving the physical and environmental components. As citizens with rights, even with the implementation of Law No. 37/2007, they are subject to secondhand smoke, due to their exposure in private settings of familiar nature. The legislator doesn't consider that this issue constitutes a crime or violation of some laws and regulations.

Keywords: *prevention, smoking behavior; regulations*

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o tabagismo como a principal causa evitável de doença e mortalidade nas civilizações ocidentais. Anualmente, na União Europeia (UE), mais de meio milhão de mortes são devidas ao consumo de tabaco fumado. Acredita-se que 15% da mortalidade e 25% das mortes por cancro que se registam na UE são devidas ao consumo de tabaco. Os dados da investigação apontam para que a iniciação tabágica na UE ocorra ainda antes dos 14 anos de idade e mais de metade dos jovens que experimentam fumar, tornaram-se dependentes. Por outro lado, a presença em ambientes contaminados com fumo do tabaco conduz à sua inalação, fenómeno designado de tabagismo passivo. Este trabalho procura, por isso, por um lado, fazer um balanço da dimensão do problema do consumo de tabaco, ativo e passivo e, por outro, refletir, à luz do quadro legislativo português cumulativamente a uma perspetiva ética, acerca da exposição involuntária a ambientes de fumo, particularmente de pessoas com incapacidade de se defenderem desses meios agressivos.

2. ACERCA DO TABACO

Para os primeiros contactos com a planta *Nicotiana tabacum*, L. 1753 (Família *Solanaceae*, Juss., 1789) teríamos de recuar até ao século XV, período relacionado com a chegada de Colombo à América. Rapidamente, o tabaco difundiu-se pela Europa, particularmente pelo seu considerado valor terapêutico. Percebendo a sua célere aceitação, a Coroa Espanhola submeteu-o a um regime de monopólio estatal, tendo vindo a ser liberalizado o seu comércio a partir do século XVIII.

As guerras napoleónicas foram responsáveis por se estender o contacto com o tabaco a todos os exércitos da Europa. A partir do 1850, os americanos passaram a dominar o fabrico de cigarros, em forma de monopólio e com uma forte campanha de *marketing*, gerando-se, em consequência, um *boom* no consumo de tabaco, afetando cerca de metade da população mundial por todos os países.

As substâncias produzidas pela combustão do tabaco (vapores orgânicos, gases, partículas de compostos) chegam aos pulmões através do fumo passando, algumas, para o fluxo sanguíneo. A substância mais conhecida é a nicotina, responsável pela maioria dos efeitos produzidos pelo consumo de tabaco. Com efeito, este alcaloide, uma vez em contacto com o organismo (boca, nariz, faringe) é absorvido pelas mucosas, podendo permanecer no sangue até 2 h, se inalado de forma profunda. A nicotina atua no Sistema Nervoso Central (SNC) como um ativador dos recetores colinérgicos nicotínicos. Aumenta as concentrações de cortisol, dopamina (consequentemente, da adrenalina e da noradrenalina), entre outras hormonas e neurotransmissores, que interferem no efeito da estimulação. Provoca, também, dependência física. A nicotina é uma substância muito aditiva.

O fumo contém mais de 7000 compostos químicos (fenóis, amoníaco, ácido cianídrico, etc.) conhecidos, em geral, por irritantes, gerando mecanismos de defesa dos pulmões, que se traduzem na constrição dos brônquios, no aumento da secreção das glândulas da mucosa e em tosse. O alfabenzopireno é um dos hidrocarbonetos agente cancerígenos que se liberta do consumo do tabaco, para além de outro conjunto de agentes (mais de 40) com efeitos similares. As substâncias adicionadas aos produtos do tabaco, tais como amónia, cacau, glicerina, mentol, baunilha e aromatizantes, entre outras, têm, também, consequências ainda não inteiramente conhecidas para a saúde, uma vez queimadas e inaladas (IDT, 2009).

O monóxido de carbono é um gás incolor com elevado poder tóxico, encontrando-se em elevadas concentrações no fumo do tabaco. A hemoglobina tem cerca de 220 vezes mais afinidade com este gás do que com o oxigénio, diminuindo a capacidade dos eritrócitos para transportar o gás vital.

O consumo de tabaco gera vários efeitos estimulantes e depressores. Pode ocorrer hipotonia muscular e diminuição dos reflexos tendinosos. Surgem também náuseas, vômitos e enjoos, particularmente nas pessoas não tolerantes ao fumo do tabaco. Fumar aumenta as frequências cardíaca e ventilatória e a pressão arterial. Os níveis de gasto de energia aumentam com o consumo de tabaco. De forma mais localizada, o fumo do tabaco atua sobre os sistemas respiratório, circulatório, digestivo e no processo da gestação. O fumo irrita as vias aéreas, com consequente aumento de mucosidade e dificuldade em eliminá-la que, de forma continuada, pode evoluir para bronquite crónica, obstrução crónica do pulmão e enfisema pulmonar. A resistência dos fumadores é inferior quando comparada com as dos não fumadores. A investigação encontrou uma forte correlação entre tumor maligno do pulmão e o consumo de tabaco.

Relativamente ao sistema circulatório, está descrito que as substâncias do fumo do tabaco provocam arteriosclerose, favorecendo o desenvolvimento de enfarte agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. Ao nível do sistema digestivo, nos fumadores crónicos registam-se úlceras digestivas, laringite e faringite, afonia e alterações do olfato, pigmentação anormal da língua e dos dentes, disfunção das papilas gustativas e cancro do estômago e da boca.

O tabaco, porém, ajuda a memória, diminui a agressividade e a ansiedade, o aumento de peso e o apetite relativamente aos glícidos. A nicotina, enquanto estimulante, produz no SNC uma sensação de satisfação que, reiteradamente, leva à sua dependência.

O consumo de tabaco está a espalhar-se rapidamente em países em desenvolvimento e entre as mulheres (OMS, 2004). O tabagismo encontra-se, associado ao nível educacional e socioeconómico das populações, mas também ao sexo. Nos países em desenvolvimento, 50% dos homens e 9% das mulheres fumam, enquanto nos países desenvolvidos, há 35% de homens fumadores e 22% de mulheres consumidoras de tabaco (OMS, *idem*). Em todo o mundo são atribuídas ao tabaco 8,8% de mortes e 4,1% de *Disability Adjusted Life Years* – DALYs (OMS, *idem*). Nos países em desenvolvimento com grande mortalidade, a percentagem de mortos atribuída ao tabaco é de 7,5 para os homens e de 1,5 para as mulheres, valores que se incrementam nos países em desenvolvimento com baixa mortalidade (12,2% para homens e 2,9% para mulheres). Nos países desenvolvidos, a mortalidade é ainda superior, com 26,3% e 9,3%, respetivamente, para homens e mulheres.

Em Portugal, no ano 2000, registaram-se 8100 mortes causadas pelo tabaco (Precioso *et al.*, 2009). A este elevado número de óbitos associou-se um conjunto de patologias desencadeadas pelo fumo. Das enfermidades anteriormente referidas, destacam-se os diversos tipos de cancro (42%), doenças vasculares (22,2%) e doenças respiratórias (17,3%) (Precioso *et al.*, *idem*). Para que melhor se avalie a dimensão destes números, refira-se que no ano 2000 ocorreram, no nosso país, 4769 mortes por causas externas (suicídios, acidentes de viação, acidentes de trabalho, entre outros).

Maioritariamente, a iniciação tabágica, na UE, ocorre em idades inferiores a 14 anos e mais de metade dos jovens que experimentam, tornam-se dependentes. Os fumadores considerados dependentes são os que fumam diariamente, constituindo cerca de 90% do total. Nestes, a desabituação do ato de fumar é muito difícil de ocorrer.

Estudos do *Health Behaviour in School-Aged Children* revelam que os hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados, com 15 anos, em 12 países europeus, sofreram alterações entre 1987 e 2006 (HBCS, 2009). Tem-se verificado uma tendência decrescente na prevalência do consumo de tabaco nas raparigas, à exceção de Portugal (1998 - 10%; 2002 - 19,5%), Irlanda (1998 - 16,0%; 2002 - 16,5%), Finlândia (1994 - 26,0%; 1998 - 20,0%; 2002 - 23,3%) e Alemanha (1994 - 29,0%; 1998 - 25,0%; 2002 - 28,7%). Nestes dois últimos países, apesar dum decréscimo registado de 1994 para 1998, a prevalência voltou a subir em 2002. Refira-se que Portugal apresenta o maior aumento verificado neste período.

Relativamente ao consumo de tabaco por parte do sexo masculino, os resultados obtidos revelam uma tendência geral de diminuição da prevalência. Na Finlândia, porém, para além da diminuição da prevalência de 30% em 1994 para 19% em 1998, seguiu-se um aumento para 22,1% em 2002. Na Alemanha a prevalência foi crescente (21% em 1994, 22% em 1998 e 26,3% em 2002) e na Dinamarca assistiu-se a um aumento de prevalência de 14% em 1994 para 15% em 1998, tendo sido registado um decréscimo para 13,7% em 2002. Em Portugal, os números revelam uma prevalência estável entre 1998 e 2002 (de 13,0%

para 13,1%) (Precioso *et al.*, 2009). Registe-se que pela primeira vez, em Portugal, a percentagem de raparigas fumadoras na faixa etária dos 15 anos era muito superior à dos rapazes.

A prevalência das adolescentes fumadoras portuguesas posiciona-se levemente acima da média dos 15 países analisados (19,2%). Em 1998, este valor situava-se bastante abaixo do valor dos países estudados. Nos rapazes, a prevalência não sofreu praticamente evolução. No ano de 1998, em Portugal, o valor cifrava-se abaixo dos valores registados nos restantes países estudados (16,4%).

Considerando a informação fornecida pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (Portal da Saúde, 2009), efetuados em 1987, 1996 e 1999, no sexo masculino, a proporção de fumadores tem vindo a diminuir, à exceção do grupo etário dos 35-44 anos. Contrariamente, a tendência de consumo de tabaco no sexo feminino tem vindo a aumentar, de acordo com dados do Observatório Nacional de Saúde (Dias, 2009).

Em 1999, as estimativas da OMS apontavam para que cerca de metade das crianças respirassem ar contaminado pelo fumo do tabaco, nas suas habitações (OMS, 1999). Um estudo apoiado pela OMS, aponta no sentido de morrerem anualmente no mundo mais de 600 000 não fumadores devido à exposição passiva ao Fumo Ambiental do Tabaco (FAT) sendo que 28% destas mortes são crianças (Öberg, Jaakkola, Woodward, Peruga, & Prüss-Ustün, 2011). Este estudo revela ainda que a carga da doença causada pelo tabagismo passivo atinge os 10,9 milhões de DALYs, sendo 61% em crianças. Um elevado número de crianças estão também expostas ao fumo passivo no carro. Nestes veículos são criados microambientes onde os passageiros podem estar expostos ao FAT se alguém fumar no seu interior (Jones *et al.*, 2009). Focalizando-nos em Portugal, estudos realizados são reveladores de que 35 a 40% das crianças portuguesas estão expostas diariamente ou ocasionalmente ao FAT pois os seus familiares próximos fumam em casa, nomeadamente pais e irmãos (Precioso, Calheiros & Macedo, 2005).

3. TABAGISMO PASSIVO

A inalação do fumo proveniente de derivados do tabaco, por parte de não fumadores que partilham, com fumadores, ambientes fechados pode definir-se como tabagismo passivo. O fumador passivo inspira involuntariamente o fumo proveniente do cigarro, cachimbo, charuto ou cigarrilha. O fumador ativo é também fumador passivo quando está num ambiente fechado, inspirando o fumo que ele próprio expele. Um cigarro produz dois tipos de fumo: (a) o que o fumador aspira e devolve depois de filtrado nos pulmões – fumo de primeira mão ou de primeira ordem, (b) o que sai diretamente do cigarro, possuindo este, as mesmas substâncias tóxicas do que é aspirado pelo fumador – fumo de segunda mão ou de segunda ordem.

O fumo dos derivados do tabaco em ambientes fechados é denominado de poluição tabágica ambiental (PTA). O fumo do tabaco pode ser considerado o principal poluente do ar interior, com a possibilidade de ser evitado, não existindo um nível seguro de exposição (Portal da Saúde, 2006). Se tivermos presente que passamos grande parte do nosso tempo em espaços confinados, tais como trabalho, residência e locais de lazer, a permanência nesses ambientes, quando poluídos pelo fumo do tabaco, promove a absorção de quantidades de substâncias, tais como a nicotina, em concentrações semelhantes às de quem fuma. Segundo a OMS (citado em Albanese, 2000), a PTA é a responsável por 85% da poluição no ambiente do ar interno. O ar tabagicamente poluído pode conter, em média, o triplo nicotina e de monóxido de carbono, bem como cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas comparativamente ao fumo que o fumador aspira através do filtro do cigarro. A partilha de ambientes fechados, com fumadores, leva à inalação, como se disse, de mais de 7000 substâncias que podem prejudicar gravemente a saúde. A exposição ao fumo do cigarro leva a que os não fumadores absorvam também, embora em menor quantidade, nicotina, monóxido de carbono e outras substâncias tal como os fumadores. A área do espaço, a intensidade da exposição e a qualidade da ventilação do local influenciam a quantidade de tóxicos absorvidos pelos indivíduos.

A correspondência entre a inalação do FAT e as doenças por ele desencadeadas é cientificamente aceite desde 1972 (Blum-Boisgard, 1996). É recente a noção de que a exposição continuada ao fumo do tabaco é um risco para a saúde e que pode causar, para além de incómodos, diversas patologias graves, tais como agravamento da sintomatologia em doentes com asma, problemas alérgicos e aumento do risco de desenvolver doenças do coração e cancro do pulmão (American Cancer Society, 1998; American Lung Association, 1998). A nível mundial, e segundo a OMS, (2004) entre as três mais representativas causas de morte evitável encontra-se o tabagismo passivo em 3º lugar, apenas ultrapassado pelo tabagismo ativo e

pelo consumo excessivo de álcool. Dados divulgados pela campanha *Help - uma vida sem tabaco*, iniciativa da UE iniciada em 2005, revelam que, na Europa, anualmente, mais de 19 000 óbitos em não fumadores resultam do FAT. Considerando apenas os países da UE, o fumo passivo é responsável por 4000 óbitos anuais por cancro do pulmão (Melero, Flores, & Anda, 1997). As vítimas são, maioritariamente, intoxicadas na sua própria residência. Seria seguramente evitado ou reduzido o número de mortes se estes indivíduos não tivessem de se sujeitar ao fumo produzido pelo tabaco dos fumadores. Em alguns ramos de atividade, como a indústria hoteleira e os estabelecimentos de diversão noturna (bares, discotecas), o exercício profissional coloca os funcionários ao tabagismo passivo, que pode atingir níveis de exposição muito elevados relativamente à generalidade da população e a outros locais de trabalho (Portal da Saúde, 2006). As doenças provocadas pelo tabaco nos fumadores passivos podem ser as mesmas que o consumo tabágico provoca nos fumadores ativos. Irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, agravamento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e aumento de problemas cardíacos, assim como a elevação da pressão arterial e *angor pectoris*, são efeitos imediatos da PTA. Está provado que o FAT é um carcinogénico humano do grupo 1. A *International Agency for Research on Cancer*, o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* de Atlanta, a *Environmental Protection* dos EUA, o *National Institute of Occupational Safety and Health* e a *Californian Environmental Protection Agency*, além de outras entidades internacionais, confirmam essa evidência (Portal da Saúde, 2006). A exposição ao fumo do tabaco é, sem qualquer margem para dúvida, nociva para todos os indivíduos, no entanto, os grupos com maior suscetibilidade a esses efeitos são: os bebés, crianças, mulheres grávidas, idosos e pessoas com problemas respiratórios e cardíacos (Gidding *et al.*, 1994; American Cancer Society, 1998). Nas crianças, o risco de se desenvolverem doenças respiratórias é de mais 60%. Destacam-se nessas patologias, a bronquite, bronquiolites e pneumonia, nos primeiros 18 meses de vida, quando estão expostas ao fumo tabágico (Portal da Saúde, 2006). Um conjunto de estudos referidos por Calheiros (2003) mostra que o FAT aumenta, significativamente, o risco de desenvolver asma, e no caso das crianças asmáticas os ataques de asma podem tornar-se mais frequentes e de maior gravidade. Associada ao FAT está também a ocorrência de patologias cardíacas (Repace, Kawachi & Glantz, 1999). Segundo a *American Cancer Society* (1998), calcula-se que em média, nos EUA, o número de mortes por doenças do coração em não fumadores, expostos a ambientes tabagicamente poluídos, é de 35000 a 40 000. No caso de Portugal, a incidência das várias patologias relacionadas com o fumo passivo por 10 milhões de habitantes é, de acordo com Nogueira (2003), a seguinte: (a) baixo peso à nascença - 360 a 690; (b) óbitos por síndrome de morte súbita - 70 a 100; (c) infeção no ouvido médio (crianças) - 26 000 a 59 000; (d) asma (crianças) - 300 a 960; (e) agravamento de episódios de asma - 15 000 a 37 000; (f) bronquite/pneumonia em crianças (< 18 meses) - 5 500 a 11 000; (g) cancro do pulmão - 100; (h) doença isquémica cardíaca - 1 000 a 2 300. Os não fumadores, expostos nos locais de trabalho ao fumo passivo, incorrem no risco de desenvolver cancro do pulmão em mais 20% (Portal da Saúde, 2006). Outro efeito adverso do fumo passivo é a possibilidade de triplicar o risco de incidência da osteoporose nas mulheres em idade pré-menopausa. Perante as consequências, parece-nos estar na presença de um problema de saúde pública, por prejudicar gravemente a saúde de fumadores e de não fumadores. Segundo Carmona (2006), nas *Observações na conferência de imprensa para lançamento da saúde - Consequências da exposição involuntária ao fumo de tabaco: um relatório do cirurgião geral* afirma, com base em evidências, que não existe nível algum de segurança relativamente à exposição ao fumo passivo.

4. DA LEI DO TABACO E DA PROMOÇÃO DE ESPAÇOS LIVRES DE FUMO

O regime de proteção contra os malefícios do tabaco está presente nas intenções de Leis e Portarias que foram emergindo, resultantes das preocupações dos governantes. Em 1 de outubro de 1968, entrou em vigor a Portaria nº 23440, de 19 de junho de 1968, conjunta dos Ministérios dos Transportes e da Saúde e Assistência, que definia a proibição de fumar nos veículos de transportes coletivos urbanos. A génese desta Portaria fundamentou-se no parecer dos serviços técnicos de salubridade da Direção-Geral de Saúde, que considerou prejudicial à saúde dos utilizadores o ar poluído pelo fumo do tabaco a que eram expostos nos referidos veículos.

Com base na fundamentação da Portaria acima referida, as medidas proibitivas foram alargadas aos utilizadores dos transportes coletivos rodoviários interurbanos, ferroviários e fluviais de acordo com um novo quadro legislativo, dos Ministérios dos Assuntos Sociais e Transportes e Comunicações (Portaria nº

212/78 de 18 de abril), que entrou em vigor no dia 1 de maio de 1978, revogando a anterior Portaria nº 23440.

Esta legislação definiu a interdição de fumar nos seguintes locais: (1) nos veículos de transporte coletivo de passageiros urbanos e nos interurbanos, cuja duração da viagem não ultrapassasse uma hora; (2) nos transportes interurbanos cuja duração da viagem, sendo superior a uma hora, excetuando nas últimas 3 filas destes veículos; (3) nas carruagens dos comboios, com exceção de alguns compartimentos e zonas das carruagens salão sinalizados, plataformas e espaços de circulação aos compartimentos; (4) nos barcos de carreira fluvial da CP e Transtejo, com permissão de fumar nas áreas descobertas. A mesma Portaria determinou que a proibição de fumar seria assinalada nos compartimentos dos comboios, no interior dos veículos elétricos e dos barcos de carreira anteriormente mencionados. Estes preceitos não tinham aplicação nos transportes aéreos e marítimos. Mais tarde, a Lei nº 22/82, de 17 de agosto, no nº 1 do artigo 2º, decreta a proibição de toda a publicidade ao tabaco, por meio de canais publicitários nacionais ou sediados em Portugal. Na continuação, o nº 2 proíbe a colocação de nomes, marcas ou emblemas de produtos tabágicos em objetos de consumo não usados diretamente no consumo de tabaco.

A Lei nº 37/2007, de 14 de agosto aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, cumprindo o disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controle do Tabaco, aprovada pelo Decreto nº 25-A/2005, de 8 de novembro. A referida Lei define normas relativas à prevenção do tabagismo, visando, particularmente, proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco. Regulamenta, por isso: (a) a composição dos produtos do tabaco; (b) informações a divulgar sobre estes; (c) embalagem e etiquetagem; (d) sensibilização e educação para a saúde; (e) interdição da publicidade aos referidos produtos; (f) medidas para redução da procura, diretamente ligadas à dependência; (g) cessação do hábito tabágico; e (h) a não disponibilização de tabaco, através de aparelhos automáticos, a menores.

O articulado do Capítulo II define as limitações ao consumo do tabaco em espaços confinados de utilização pública. No artigo 4º, encontram-se listados locais onde é interdito fumar, dos quais destacamos: alínea d) espaços destinados à prestação de serviços de saúde, laboratórios, farmácias e locais consignados à disponibilização de medicamentos de venda livre; alínea e) lares e instituições que alberguem idosos, pessoas portadoras de deficiência ou incapacidade; alínea f) zonas frequentadas por menores, tais como estabelecimentos de assistência infantil, lares para crianças e jovens, instituições de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias; e alínea g) áreas integrantes de estabelecimentos de ensino, independentemente das idades dos alunos e do nível de ensino. Saliente-se, contudo, que os utilizadores dos referidos locais e espaços pertencem aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente, crianças, jovens, idosos e enfermos.

O artigo 5º (Capítulo II) apresenta, porém, exceções à interdição da prática tabágica quanto aos espaços destacados. Nos locais destinados à prestação de cuidados de saúde podem ser criadas áreas de frequência exclusiva de utentes fumadores, nomeadamente em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento, de reabilitação e de internamento de toxicodependentes e de alcoólicos. Para além disso, a Lei permite que se fume ao ar livre em lares e em estabelecimentos de ensino superior.

Numa primeira leitura analítica da vigente Lei do Tabaco, a existência de espaços onde os cidadãos, não fumadores, estariam protegidos da exposição involuntária ao fumo parece ser efetiva. Na verdade, o conteúdo do artigo 5º contempla exceções à interdição de fumar, criando áreas exclusivamente destinadas a fumadores. Consideramos, contudo, que a proteção aos não fumadores apenas se concretiza se os serviços prestados a essas pessoas existirem num espaço livre de fumo, que não obrigue a sua deslocação e permanência em locais de fumo involuntário. Ainda assim, a proteção ao não fumador de um usuário de um serviço deixa de ser garantida relativamente aos funcionários (por exemplo, de um lar ou de um restaurante) que, por inerência da atividade profissional, têm de exercer o seu serviço nos espaços confinados destinados aos fumadores. Em síntese, podemos dizer que a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco é apenas para aqueles que podem não frequentar os espaços de atmosfera contaminada, uma vez que nesses locais os funcionários estão, efetivamente expostos e, portanto, sem proteção alguma. Referira-se, ainda que, nos termos do nº 2 do artigo 4º da Lei nº 37/2007, de 14 de agosto, existe proibição de fumar em todos os transportes públicos, serviços expressos, turísticos e de aluguer, táxis, ambulâncias, veículos destinados a transporte de doentes e teleféricos. Podemos, por isso, afirmar, que no atual quadro legislativo português existe uma clara limitação ao consumo de tabaco,

quer seja em espaço confinado quer, inclusivamente, em alguns espaços abertos (como é o caso das escolas de ensino não superior). Por outro lado, há a possibilidade de serem criados espaços exclusivamente destinados a fumadores, nas zonas anteriormente destacadas, ainda que, tendencialmente, os não fumadores não estejam obrigados ou induzidos a terem de frequentar esses mesmos locais. Existe, porém, um aspeto que discutiremos na próxima secção, relativamente aquelas pessoas que pela sua natureza ou dependência estão obrigadas a permanecer em espaços confinados com fumo.

5. DAS PREOCUPAÇÕES ÉTICAS

O tabaco acompanha a história das sociedades. É, por norma, um ato social, promotor do convívio, comunicação e partilha de ideias. Em momentos de reunião familiar e social não é, de todo, invulgar o seu consumo. Os momentos de stress vividos pelos indivíduos, nas sociedades atuais, são muitas vezes apontados como a principal razão para o consumo de tabaco.

Atualmente, o hábito tabágico começa a ser criticado e repudiado em muitos ambientes sociais. Os malefícios provocados pelo fumo, o modelo de influência no comportamento dos mais jovens, levam, fundamentalmente, a essa atitude de desagrado, perante fumadores que convivem, em espaços confinados e abertos privados, com não fumadores. A investigação tem revelado (Staten, *et al.*, 2007) que as representações formadas pelos mais jovens ao observarem a conduta de "modelos sociais" (os seus pais, professores ou profissionais de saúde), que consomem tabaco, condicionam as suas atitudes face ao comportamento tabágico, influenciando-os no seguimento de algumas dessas práticas, vistas mais sob o ponto de vista social e não tanto como uma decisão pessoal. Os seus modelos, enquanto fumadores, comportam-se de forma antagónica à mensagem de promoção de saúde que difundem, gerando uma dissociação de valores entre o desejado e o praticado. No nº 1 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa (CRP), é reconhecido o direito ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, entre outros. Este direito legítimo encontra-se aluído no nosso ponto de vista, ao se constituírem como influência negativa as atitudes e comportamentos dos "modelos sociais" de referência para as crianças e os jovens.

No Preâmbulo da Carta Constitucional da OMS, adotada pela Conferência Internacional de Nova Iorque, de 19-22 de junho de 1946 (assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 países), o conceito de saúde, constitui-se como "*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" (WHO, 2003), tendo entrado em vigor em 7 de abril de 1948. Neste contexto, a saúde não é, desde aí, encarada como um estado abstrato, mas antes um meio para se chegar a um objetivo. Um recurso que permite que as pessoas possam ter uma vida individual, social e economicamente produtiva. A saúde não se constitui, por isso, como um objetivo de vida. É, ao invés, um recurso para a vida diária.

Nos termos do artigo 1º da Convenção dos Direitos da Criança (2004), considera-se criança todo o ser humano com idade inferior a 18 anos, exceto se a Lei nacional atribuir a maior idade mais precocemente. A criança é, por natureza, particularmente frágil, por se apresentar em desenvolvimento e com estruturas cognitivas, afetivas e psicomotoras ainda imaturas. A mesma Convenção, no nº 1 do artigo 24º, relativo ao direito à saúde e serviços médicos, estabelece que os Estados Partes reconhecem à criança o direito a ter o melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de educação. O nº 2 do artigo 8º da CRP refere que as normas constantes de convenções internacionais, ratificadas ou aprovadas, vigoram, após a sua publicação oficial, na ordem interna enquanto vincularem o Estado Português. Mercê deste mecanismo paralelo, a Convenção dos Direitos da Criança assume relevância constitucional, em Portugal como Estado Parte da referida Convenção.

Os pais são, por qualidade, são os primeiros responsáveis por garantir aos seus filhos, enquanto crianças, condições para o desenvolvimento em saúde, assegurando que não são expostos a agentes externos geradores de desequilíbrios e permeando formas eficazes e expeditas de remediação face à doença.

Aos menores de 16 anos é-lhes vedado a compra de tabaco. Porém, ao invés do estabelecido na lei 9/2002, de 24 de janeiro, relativamente ao consumo de álcool, não existe um preceito legal, que os proíba de fumar em locais públicos ou em locais abertos ao público. A interdição de crianças em locais públicos ou abertos ao público onde exista a prática de fumo também não se encontra regulamentada.

Não existe qualquer regulamentação, que afete a vida privada, acerca da exposição das crianças a ambientes confinados privados de fumo involuntário, o que transforma o contexto numa questão de

natureza ética. Não é difícil encontrar crianças que habitam em lares onde os seus pais e/ou outros familiares, fumadores, não se abstêm da prática do consumo de tabaco, particularmente em espaços confinados. Esta dimensão do problema estende-se, também, ao interior das viaturas automóveis dos familiares, onde as crianças viajam.

Um estudo (Pargana, *et al.*, 2001) com vista a determinar a influência da exposição ao FAT e à exacerbação das crises de asma infantil revelou que o comportamento tabágico dos pais é um relevante fator de risco na saúde das crianças. Enquanto responsáveis pelos seus filhos melhores, compete aos pais ou aos tutores legítimos, assegurar a proteção da saúde dos seus filhos ou tutorandos assim como aos encarregados de educação garantir condições de desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicomotor que no âmbito da educação para a saúde que promovam estilos de vida saudáveis, naturalmente livres de fumo. O Código Civil Português, no nº 1 do seu artigo 70º, garante a proteção dos indivíduos contra qualquer ofensa ilícita e ameaça de ofensa à personalidade física ou moral, definindo, no nº 2, que a pessoa ameaçada ou ofendida, tem a possibilidade de requerer as medidas adequadas visando evitar a consumação da ameaça ou minimizar os efeitos da ofensa já cometida. Mas como é que as crianças, expostas a ameaças dos seus próprios familiares, podem requerer medidas adequadas de proteção? Esta questão, talvez demasiado complexa para o plano jurídico, remete-nos para o Código Penal (CP). De facto, nos termos do articulado da Lei nº 48/95 de 15 de março, quem ofender o corpo ou a saúde de outras pessoas é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa, dependendo o procedimento criminal da queixa apresentada (nºs 1 e 2 do artº 143º), função da natureza privativa do crime. E na prática, a apresentação de queixa deverá ser feita, nos casos da criança, pelo seu representante legal. Ainda que a exposição ao fumo do tabaco, em ambientes privados, pudesse vir a ser encarada pelo legislador como a prática de um crime, seria seguramente de natureza particular ou semipúblico, pelo que dependeria, sempre, da apresentação de queixa do representante legal do menor que é, em geral, o próprio prevaricador ao expor a criança à atmosfera contaminada.

A CRP determina que todos têm direito à resistência, particularmente a qualquer ordem que ofenda os direitos, liberdades e garantias pessoais, assim como a afastar pela força toda a agressão, sempre que a possibilidade de recorrer à autoridade pública não aconteça (artº 21º). A integridade pessoal (moral e física das pessoas) é inviolável (artº 25º), consistindo “no direito a não-agressão ou ofensa ao corpo ou espírito por quaisquer meios” (Miranda & Medeiros, 2007, pp. 268-269).

As crianças, porém, ainda que de pleno direitos constitucionais, são objeto de maiores violações à sua integridade física, função do seu fraco poder de decisão, pensamento e consentimento, uma vez, nos termos da lei, têm representantes legais. Ao ficarem expostas, involuntariamente, ao fumo passivo, a sua integridade física é inegavelmente violada. Os fumadores passivos, e mais concretamente as crianças não denunciam a exposição ao fumo passivo a que estão diariamente sujeitas. Parece-nos que estamos perante uma realidade lesiva, onde a liberdade individual é desrespeitada, as crianças estarão assim a ser sujeitas a crime envolvendo as componentes ambiental e física.

As leis vigentes em diversos países europeus, nomeadamente no Reino Unido, França, Itália e Portugal, entre outros, denotam a preocupação das entidades governamentais relativamente à proteção do não fumador, ao serem criadas medidas legislativas que proíbem o consumo de tabaco, em locais públicos. Relativamente aos espaços privados, no nosso país, pela sua própria natureza, não existe regulamentação relativamente ao controle do consumo de tabaco. A inibição em espaços confinados privados é, em geral, considerada uma medida intolerante e fundamentalista, um atentado do Estado aos direitos e garantias do cidadão. A liberdade de comportamentos e atitudes individuais, em locais não públicos, não pode, por isso, ser controlada neste âmbito, precisamente por se considerar que a exposição a uma atmosfera com fumo de tabaco não constitui, em âmbito privado, um crime (o mesmo não se aplica, por exemplo, a violência entre marido e mulher, mesmo em ambiente privado da sua habitação). Não deixa de ser problemático, por exemplo, um dos pais entregar a guarda do seu filho ao progenitor, por decisão judicial, sabendo que este no seu automóvel, ou até no seu lar, sujeita a criança de ambos ao fumo passivo do tabaco. E que respostas legais existem para este facto?

Através da passividade, podem surgir omissões impuras por parte do indivíduo que originam determinado resultado. Nestes casos, considera-se violada uma norma proibitiva por atitude de omissão. Nos termos do nº 1 do artigo 10º do CP, “quando um tipo legal de lei compreender um certo resultado, o facto abrange não só a ação adequada a produzi-lo como o omissão da ação adequada a evitá-lo”, quando sobre o omitente recair um dever jurídico que pessoalmente o obrigue a evitar essa consequência (nº 2).

Consideramos que o bom senso dos fumadores deveria imperar, com comportamentos fundamentados numa perspetiva ética e tendo como referência o quadro legal da inviolabilidade da integridade física da criança e a responsabilidade da promoção da saúde e da educação. Desta forma, segundo cremos, as barreiras morais não seriam diluídas, e garantiam-se atmosferas saudáveis respiráveis para as crianças em ambiente privados.

O fumador é, assumidamente, fonte de poluição ambiental. Deveria, em consciência, optar por fumar exclusivamente ao ar livre, pois o consumo de tabaco não constitui apenas um problema dos fumadores já que, prejudica a saúde dos não fumadores potenciando o aparecimento de diversas doenças. A liberdade pessoal termina quando interfere na liberdade alheia e respirar ar descontaminado constitui um direito fundamental do ser humano. Talvez muitos dos fumadores desconheçam as consequências graves da permanência assídua e prolongada dos fumadores passivos em espaços confinados, poluídos pelo FAT. Atendendo a isso, as entidades de saúde e de educação responsáveis devem implementar, articuladamente, campanhas de sensibilização e informação eficazes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho procurámos apresentar a dimensão do problema do consumo de tabaco. Defendeu-se que o fumo do tabaco pode ser considerado o principal poluente do ar interior, com a possibilidade de ser evitado e que o tipo e gravidade das doenças provocadas pelo tabaco nos fumadores passivos são as mesmas que aquelas que surgem nos fumadores ativos. A conclusão de um novo relatório publicado pela OMS, divulgado pelo Centro Internacional de Recursos (2009), indica que a maioria dos países, apesar do aumento global do número de mortos devido ao consumo de tabaco, tem falhado na criação de medidas eficazes exigidas pela Convenção-Quadro para Controlo do Tabagismo e, também, relativamente à população mundial que ainda se encontra desprotegida e exposta ao FAT (mais de 94%), sem que as entidades governamentais atuem adequadamente no sentido de sancionar leis abrangentes de controlo do tabaco que ofereçam proteção.

Mendoza (1999) afirma que as causas da epidemia tabágica são complexas, tendo por base a falta de empenhamento do poder político, a deficiente gestão e sensibilidade do sistema de saúde para as questões da prevenção em geral, e do tabagismo, em particular, com a pouca implantação da educação para a saúde no sistema de ensino e a pressão da indústria tabaqueira.

Por outro lado, medidas de total inibição do consumo do tabaco acarretariam elevados problemas económicos, uma vez que a *Nicotiana tabacum* constitui, para mais de uma centena de países (veja-se, por exemplo, o caso paradigmático da República de Cuba), enorme fonte de receitas fiscais, entre outras. A Tabaqueira, SA, por exemplo, é uma grande organização empresarial do nosso país. Subsidiária da *Philip Morris International*, A Tabaqueira, SA garante cerca de 700 postos de trabalho diretos, o que revela bem o impacto da produção de cigarros a nível nacional. Por outro lado, paradoxalmente, ocorre uma ação do próprio Governo (que arrecada os impostos correspondentes a cerca de 80% do preço de venda do tabaco) no combate a esta substância psicoativa.

Referimos ainda que o tabaco consumido, de forma reiterada, causa dependência. Porém, tem um efeito positivo ao nível da memória, reduz a agressividade e a ansiedade, assim como o aumento de peso e o apetite relativamente aos glícidos. A nicotina, enquanto estimulante, produz no SNC uma sensação de satisfação. Considerando os danos causados aos não fumadores, sempre que exista razão que iniba a livre e autónoma manifestação da vontade individual (menores, relações laborais, condições físicas, entre outras) o regime de restrição deverá imperar, nas demais situações, no ato tabágico, informado e consciente deve ou não funcionar a liberdade?

As crianças, enquanto cidadãos com direitos mas com representantes legais (pais, tutores) são aqueles que, mesmo com a implementação da atual Lei nº 37/2007, de 14 de agosto, estão mais sujeitos ao FAT, que decorre da sua exposição em ambiente privados, particularmente de natureza familiar (carros, casas), sem que o legislador entenda que esta matéria constitua crime ou violação de algum articulado legislativo

Todos estes aspetos devem ser levados em consideração nas medidas políticas adotadas, e é por isso, precisamente, que defendemos um quadro axiológico bem estruturado e fundamentado que possa, mediante educação para a saúde, permeiar a garantia da promoção da saúde às crianças, particularmente nos ambientes privados contaminados com fumo de tabaco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albanense, M. (2000). O tabagismo é doença. *Revista brasileira de medicina*. Arquivo consultado em 9 de maio de 2011, a partir de http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=861
- American Cancer Society (1998). *Cancer facts and figures 1998: tobacco uses*. Atlanta: American Cancer Society. Arquivo consultado em 26 de junho de 2011, a partir de <http://www.cancer.org/statistics/cff98/tobacco.html>
- American Lung Association (1998). *Secondhand smoke fact sheet*. New York: American Lung Association. Arquivo consultado em 26 de fevereiro de 2010, a partir de <http://www.lungusa.org/>
- Blum-Boisgard, C. (1996). *Vers une génération sans tabac :guide pratique européen destiné aux intervenants: les jeunes de 7a 14 ans*. Paris: Ligue Nationale contre le Cancer.
- Calheiros, J. (2003). *Tabagismo passivo: um risco para a saúde significativo e prevenível*. Lusomed: portal Profissional [em linha] Arquivo consultado em 19 de maio de 2011, a partir de <http://lusomed.sapo.pt/Xn300/367166.html>
- Carmona, R. (2006). *Observações na conferência de imprensa para lançamento da saúde. Consequências da exposição involuntária ao fumo de tabaco: um relatório do cirurgião geral. The health effects of secondhand smoke*. Arquivo consultado em 23 de junho de 2011, a partir de http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=http://www.surgeongeneral.gov/news/speeches/06272006a.html&ei=L8R6S7DJtL_4Ab2jL2aCg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=3&ved=0CBQQ7gEwAg&prev=/search%3Fq%3DSurgeon%2BGeneral,%2B1986%253B%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DG
- CIR – Centro Internacional de Recursos (2009). *A epidemia geral do tabaco*. Arquivo consultado em 29 de março de 2011, a partir de <http://tobaccofreecenter.org/pt/>
- Dias, C. M. (2009). Consumo de tabaco numa amostra representativa da população portuguesa. *In Observatório Nacional de Saúde*. Arquivo consultado em 24 de setembro de 2011, a partir de http://www.onsa.pt/index_17.html
- Gidding, S., & Schydlower, M. (1994). *Ative and passive tobacco exposure: a serious pediatric health problem*. Dallas: American Heart Association. Arquivo consultado em 21 de agosto de 2011, a partir de <http://pediatrics.aappublications.org/content/94/5/750>
- HBCS - Health Behaviour in School-Aged Children (2009). *Socioenvironmentally determined health inequities among children and adolescents*. Arquivo consultado em 19 de setembro de 2011, a partir de <http://www.hbsc.org/index.html>
- IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009). *Substâncias: Tabaco*. Arquivo consultado em 10 de dezembro de 2009, a partir de <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Tabaco/Paginas/Viasdeadministracao.aspx>
- Macedo, M., & Precioso, J. (2004). O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. *Revista portuguesa de saúde pública*, 22(2). Arquivo consultado em 18 de agosto de 2011, a partir de http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/endvqko3hxqvtmleomz26xtk5jbzpswnlm4fviwxxmy5vlvu54pf4rmjdrospxcpxejfapfac4uo/papel_medicos.pdf
- Jones, M., Navas-Acien, A., Yuan, J., & Breysse, P. (2009). Secondhand tobacco smoke concentrations in motor vehicles: a pilot study. *Tobacco control*, 18, 399-404.
- Melero, J., Flores, R., & Anda, M. (1997). *Dossier informativo sobre el tabaquismo y su prevención*. Bilbao: Edex Kolektiboa.
- Mendonza, R. (1999). Prevención del tabaquismo entre los jóvenes: un reto alcanzable. *In J. Precioso, et al. (Coord.). Educação para a saúde* (pp. 151-152). Braga : Departamento de Metodologias da Educação da Universidade do Minho.
- Miranda, J., & Medeiros, R. (2007). *Constituição portuguesa anotada*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Nogueira, J. (2003). *O desafio para a criação de ambientes saudáveis*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Öberg, M., Jaakkola, M., Woodward, A., Peruga, A., & Prüss-Ustün, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, 377 (9760), 139-46

- OMS – Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1999). *International consultation on environmental tobacco smoke and child health*. Arquivo consultado em 17 de maio de 2011, a partir http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf.
- Pargana, E., Gaspar, A., Santa Marta, C., Pires, G., Prates, S., Morais de Almeida, M., & Rosado Pinto, J. (2001). Tabagismo passivo e gravidade da asma brônquica na criança. *Revista portuguesa de pneumologia*, 1, 25-32.
- Portal da saúde (2009). *4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Arquivo consultado em 10 de agosto de 2011, a partir de <http://www.portaldasaude.pt/port>
- Portal da saúde (2006). *Apoio ao debate sobre prevenção do tabagismo*. Arquivo consultado em 26 de fevereiro de 2011, a partir de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/debatetabagismo.htm>
- Precioso, J., Calheiros, J., Pereira, D., Campos, H., Antunes, H., Rebelo, L., & Bonito, J. (2009). Estado atual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. *Ata médica portuguesa*, 22(4), 335-348.
- Precioso, J., Calheiros, J., & Macedo, M. (2005). Exposición de niños a la contaminación ambiental por humo del tabaco en el domicilio. Un estudio transversal en Portugal. *Prevención del Tabaquismo*, 7(3), 85-90.
- Repace, J., Kawachi, I., & Glantz, S. (1999). *Fact sheet on secondhand smoke, 1999*. Geneva, Switzerland, and presented at the 2nd European Conference on Tobacco or Health and the 1st Iberoamerican
- Staten, R., Noia, M., Rayens, M. K., Hahn, E., Dignan, M., & Lee Ridner, S. (2007). Social influences on cigarette initiation among college students. *American journal of health behavior*, 31(4), 353-362.
- UE – União Europeia. (2010). *Help por uma vida sem tabaco*. Arquivo consultado em 25 de fevereiro de 2010, a partir de <http://de-de.help-eu.com/pages/page-agendadetail42-17.html>
- UNICEF - United Nations Children's Fund (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Arquivo consultado em 23 de agosto de 2011, a partir de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- WHO – World Health Organization (2009). *Tobacco*. Arquivo consultado em 21 de junho de 2011, a partir de <http://www.who.int/topics/tobacco/en>.
- WHO – World Health Organization (2003). *Definition of health*. Arquivo consultado em 31 de junho de 2011, a partir de <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- WHO – World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Legislação

Constituição da República Portuguesa

Código Penal

DR – Diário da República (1968). *Portaria nº 23440, de 19 de junho*.

DR – Diário da República (1978). *Portaria nº 212/78, de 18 de abril*.

DR – Diário da República (1982). *Lei nº 22/82, de 17 de agosto*.

DR – Diário da República (2007). *Lei nº 37/2007, de 14 de agosto*.